



ADOPTION SUPPORT PROGRAM
LÍNEA GRATUITA: 1-800-562-5682

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE APOYO EN ADOPCIÓN
ADOPTION SUPPORT APPLICATION

Este formulario debe ser llenado por el o los posibles padres adoptivos del niño en adopción.
Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales. Sírvase hacer nota de esto en el espacio que corresponda más abajo.

NOMBRE (DE NACIMIENTO) DEL NIÑO QUE SE ADOPTA (APELLIDO, NOMBRE, 2º NOMBRE)				FECHA DE NACIMIENTO
A. POSIBLES PADRES ADOPTIVOS				
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, 2º NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	OCUPACIÓN ACTUAL	TELÉFONO DEL TRABAJO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO RESIDENCIAL
B. ADOPTADO				
1. DESCRIBA LAS NECESIDADES ESPECIALES DEL ADOPTADO Y TODO COSTO Y/O SERVICIOS INUSUALES QUE CREA QUE SON NECESARIOS PARA SATISFACER DICHAS NECESIDADES.				
C. RECURSOS DISPONIBLES PARA EL NIÑO				
1. INDIQUE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA SATISFACER LAS NECESIDADES ESPECIALES DE SU NIÑO				
<input type="checkbox"/> División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD)		<input type="checkbox"/> Herencia del niño		
<input type="checkbox"/> Administración de Seguro Social (SSA)		<input type="checkbox"/> Otros (especifique):		
<input type="checkbox"/> Ingreso Suplemental de Seguro (SSI) (niño con impedimentos)				
2. SEGURO MÉDICO DE PADRE/MADRE # 1 DE MÁS ARRIBA		3. SEGURO MÉDICO DE PADRE/MADRE # 2 DE MÁS ARRIBA		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		
4. ¿Se agregará este niño adoptivo al seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, ¿por qué razón?				
5. INDIQUE TODO COSTO INUSUAL QUE TENGA SU FAMILIA (POR EJ. COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN, EDUCACIÓN, ETC.)				
6. Ingreso bruto anual de la familia (no incluya manutención por cuidado suplente, u otros pagos relacionados con cuidado suplente): \$ _____		¿Cuántas personas dependen de este ingreso incluyendo el nuevo niño que ha de ser adoptado (No incluya Niños en Cuidado Suplente)? _____		
<input type="checkbox"/> Adjunte copia del formulario 1040 (IRS) presentado más recientemente.				
D. SOLICITUD FAMILIAR DE SERVICIOS				
Por medio de la presente solicitamos los servicios del Programa de Apoyo en Adopción para beneficio del niño nombrado anteriormente:				
<input type="checkbox"/> Cobertura médica (Medicaid/Ley XIX)		<input type="checkbox"/> Consejería		<input type="checkbox"/> Pagos mensuales en efectivo de \$ _____
<input type="checkbox"/> Cuidado de niños (relacionado con el empleo - si califica por medio del Programa de Apoyo en Adopción)				
Nosotros (yo) entendemos y estamos de acuerdo de que se efectuará una revisión de los pagos de apoyo por lo menos una vez cada cinco años, y que una copia de la declaración de mis impuestos federales (IRS 1040) debe ser enviada al Programa de Apoyo en Adopción, si se le pide, mientras nosotros (yo) continuemos recibiendo pagos/servicios del Programa de Apoyo en Adopción.				
FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA	